

La réduction du risque tabagique est-elle possible ?

Seulement un tiers des fumeurs qui décident d'arrêter le tabac réussissent dans cette tentative. Pour les deux autres tiers, est-il possible de réduire le risque lié au tabagisme par un certain nombre de procédés techniques ou en préconisant une réduction volontaire de la consommation ?

Gérard Dubois*

La mortalité des fumeurs est double de celle des non-fumeurs.¹ Cela fait du tabac le seul produit de consommation courante qui, dans son usage habituel et non par accident, tue la moitié de ses consommateurs réguliers. Pour limiter cette hécatombe (66 000 décès annuels en France, 4,9 millions dans le monde), diminuer le nombre de nouveaux fumeurs n'aura un impact sur la mortalité que dans la seconde moitié du XXI^e siècle.² Une diminution rapide de la mortalité ne pourra être obtenue dans la première moitié du siècle qu'en diminuant rapidement le nombre de fumeurs. Mais, même avec les meilleures aides, l'arrêt n'est obtenu actuellement que dans 30 à 35 % au plus des tentatives, à cause du caractère hautement addictif du tabagisme.

Dans ce contexte, se pose la question de savoir s'il est possible de réduire le risque sanitaire du fumeur autrement que par l'arrêt. La cigarette ayant été comparée à une seringue à nicotine, est-il possible d'en diminuer la toxicité comme on a mis à disposition des toxicomanes des seringues propres ? Peut-on diminuer leur risque en leur demandant de réduire leur consommation ? La situation est plus complexe qu'il n'y paraît.^{3,4}

La quantité totale absorbée dépend de la concentration en toxiques dans la fumée de cigarette, du volume des bouffées par cigarette, du temps de rétention de la fumée dans les poumons, du nombre journalier de cigarettes

fumées, et surtout de la durée du tabagisme. Ainsi, en ce qui concerne le cancer du poumon, le risque est proportionnel à la durée du tabagisme élevée à la puissance 4 ou 5.⁵

LES FILTRES

L'essor commercial des filtres a suivi les premiers travaux mettant en cause les dangers du tabac pour la santé. En France, 8 % des cigarettes portaient un filtre en 1959, 91 % en l'an 2000. D'abord réellement filtrants, ils ont été peu appréciés des fumeurs. Certains ont même contenu de l'amiante. Aujourd'hui, la manchette qui entoure un filtre est percée de microperturations invisibles qui diluent le flux principal de fumée avec l'air aspiré par ces orifices. L'extrémité buccale du mégot prend alors un aspect

CE QUI EST NOUVEAU

- ➔ Il est démontré que, pour les gros fumeurs, diminuer la consommation ne diminue pas le risque pathologique et vital.
- ➔ L'arrêt doit rester l'objectif majeur pour tout fumeur.
- ➔ Il n'existe pas de cigarette sans risque et toutes ont les mêmes risques pathologiques et vitaux.

* Service de santé publique, hôpital Nord, 80054 Amiens. Courriel : dubois.gerard@chu-amiens.fr

caractéristique en cocarde. Ouvertes en totalité lors des mesures par la machine à fumer, les microperforations font du « filtre » un instrument de dilution qui diminue artificiellement les rendements mesurés.⁶ Non informés, les fumeurs, souvent inconsciemment, accroissent le rendement en nicotine et produits toxiques en obturant les orifices de ventilation avec les lèvres ou en écrasant la base du filtre avec les doigts.

LES CIGARETTES LÉGÈRES

Souvent basée sur les rendements en goudrons, la définition de légères, ultra légères (*mild, ultra-mild*), est commerciale, variable et sans base légale. Des cigarettes de même marque et de même qualification peuvent avoir des rendements qui varient du simple au triple en fonction des pays et des continents où elles sont vendues. Les résultats des rendements en goudrons, nicotine et monoxyde de carbone (CO), sont souvent mentionnés, seuls ou en association suivant la législation. Ils sont alors mal interprétés par le fumeur, certains pensant qu'il s'agit des valeurs maximales qui peuvent être inhalées, d'autres que ces trois substances toxiques sont les seules contenues dans la fumée. En France, le rendement moyen en goudrons a été divisé par 3 en 45 ans. Il est passé en France d'environ 35 mg en 1950 à 11,3 en 1995. En 1997, 36 % des cigarettes vendues titraient 10 mg de goudrons ou moins (le maximum autorisé en France est de 10 mg aujourd'hui).

À cause des normes des machines à fumer qui minimisent les volumes inhalés et de la technologie des filtres microperforés, les résultats des mesures de rendement obtenus dans des conditions plus réalistes⁷ sont de 2 à 11 fois plus élevés. La résultante est une importante sous-estimation des quantités absorbées par le fumeur. Les marqueurs biologiques chez les fumeurs de cigarettes, légères ou non, ne diffèrent guère, leur mortalité par cancer du poumon non plus.⁸

Il ne fait aucun doute que les cigarettes légères ont été présentées par l'industrie et acceptées par les fumeurs comme moins dangereuses ou moins nocives, détournant de l'arrêt nombre de fumeurs soucieux de leur santé et facilitant l'initiation de nouveaux fumeurs. C'est la raison pour laquelle l'usage des termes « légères », « ultra légères » (ou leurs équivalents en anglais) est dorénavant interdit.

Par ailleurs, passer de la cigarette à la pipe ou au cigare est une mauvaise initiative, car si le risque cancérigène est plus faible avec ces produits, c'est parce que le fumeur de pipe ou de cigare inhale peu, ce qui n'est pas le cas du fumeur de cigarette reconverti.

LES NOUVELLES CIGARETTES

De nombreux cigaretteurs présentent sur le marché américain de nouvelles cigarettes qui, sous une apparence de haute technologie prétendument développée pour

POUR LA PRATIQUE

- L'arrêt reste prioritaire. La motivation et l'aide à l'arrêt de tout fumeur s'imposent à tout professionnel de santé.
- Il n'est pas efficace de proposer à un fumeur de réduire sa consommation. Ceux qui le tentent spontanément ne doivent pas être découragés, car ils sont sur le chemin de l'arrêt et il faut les encourager à l'arrêt définitif.
- On peut proposer un traitement substitutif nicotinique au long terme pour diminuer, sous surveillance médicale, la consommation journalière des malades porteurs d'une maladie chronique aggravée par la continuation du tabagisme et pour qui les tentatives d'arrêt ont échoué.
- Toutes les cigarettes ont la même toxicité et les mêmes risques pathogènes et de mortalité.

protéger le fumeur, relèvent plus d'une stratégie commerciale dans un environnement qui n'a pas encore interdit la publicité pour les produits du tabac. La plupart de ces produits sont des échecs commerciaux. De plus, aucune des allégations sanitaires n'a fait l'objet d'une évaluation sérieuse et objective. Cela pose la question de la réglementation des produits du tabac dans un environnement où la technologie est en majorité dans les mains de l'industrie du tabac qui exploite cet avantage par le mensonge. Ainsi, une cigarette qui n'expose plus aux goudrons a un rendement très élevé en CO, ce que le fabricant se garde bien de dire.

La future réglementation des produits du tabac devrait interdire les faux filtres ventilés et mesurer le rendement des cigarettes avec des normes plus réalistes pour les machines à fumer. Interdire tous les additifs a été proposé,³ notamment en ce qui concerne l'ajout d'ammoniaque qui accroît la dépendance. Il est aussi possible de diminuer la quantité de certains cancérigènes ; aussi, par prudence, ces méthodes devraient être imposées à l'ensemble de la production.

LES TABACS NON FUMÉS

Ces tabacs sont chiqués ou mâchés. Nombre d'entre eux sont fortement cancérigènes localement (sphère oto-rhino-laryngée), mais le risque global reste inférieur à celui de la cigarette. De plus le « *smuss* » (sachet de tabac à conserver entre la gencive et la joue) employé en Suède ne semble pas provoquer d'excédent de cancers. Certains expliquent le taux très bas de tabagisme en Suède par l'usage de ce produit qui est interdit dans le reste de l'Union européenne. Les experts se divisent donc à ce sujet, mais il faut bien constater que l'autorisation du *smuss* ouvrirait le marché aux autres tabacs non fumés, et que prendre une décision de santé publique pour introduire un produit inconnu en France sur la base d'une simple comparaison internationale ne serait pas responsable.

LA RÉDUCTION VOLONTAIRE DE CONSOMMATION

Les fumeurs essaient souvent de réduire leur consommation comme un prélude à l'arrêt ou pour faire des économies. Il peut dans un premier temps apparaître logique de proposer une diminution de la consommation pour réduire le risque, mais le fumeur, à la recherche de sa dose de nicotine, modifie sa façon de fumer en accroissant le nombre et le volume de bouffées par cigarette. Ainsi, un fumeur de 20 cigarettes par jour peut maintenir son taux sanguin de nicotine avec 5 cigarettes quotidiennes. Réduire la consommation diminue faiblement le risque de cancers, accroît paradoxalement les décès par maladie respiratoire, ne réduit pas le risque cardiovasculaire. Au total, réduire de moitié leur consommation n'a pas diminué la mortalité, toutes causes confondues, de gros fumeurs.⁹

La réduction volontaire, avec prise de substituts nicotiques, est une hypothèse intéressante, mais les études sur ce sujet ne sont pas encore probantes. Par contre, chez les fumeurs ayant des affections aggravées par la continuation du tabagisme et qui n'ont pas su arrêter de fumer (patients ayant une bronchite chronique, un infarctus du myocarde...), une telle attitude (substitution nicotinique associée à une réduction de consommation) est acceptable, mais son efficacité n'est pas encore prouvée.³

CONCLUSION

La meilleure cigarette est celle que l'on ne fume pas, et l'arrêt doit rester prioritaire. Proposer de diminuer sa consommation à un fumeur qui ne parvient pas à arrêter est inutile. Proposer une diminution de consommation ou proposer des cigarettes moins « toxiques », en offrant une solution alternative au fumeur, a le désavantage éventuel de dissuader d'arrêter et d'augmenter ainsi de manière paradoxale le nombre de fumeurs. Un fumeur qui fume 10 cigarettes par jour pendant 20 ans a le même risque de cancer du poumon qu'un fumeur qui fume 20 cigarettes par jour pendant 17 ans. Un accroissement de seulement 15 % de la durée annule donc les effets d'une diminution de moitié de la quantité inhalée. ■

SUMMARY Is the reduction of the nicotinic risk possible?

To decrease the health consequences of tabagism pandemic, quitting is still the only goal. The size of the problem leads to question if harm reduction is possible. Today, this concept, which was successful with illegal drugs, cannot be applied to tobacco because of a lack of proof. There is no safe cigarette and all brands have the same toxicity. Arguments in favor of smokeless tobacco are still insufficient for a public health decision. A voluntary decrease of tobacco consumption does not decrease morbidity and mortality of heavy smokers. A long-term use of nicotine replacement therapy is acceptable to reduce the daily smoking under medical supervision in smokers with chronic tobacco related disease who have previously failed in attempts to quit smoking.

Rev Prat 2004 ; 54 : 1894-6

RESUMÉ La réduction du risque tabagique est-elle possible ?

Pour diminuer les conséquences de la pandémie tabagique, l'arrêt reste la méthode la plus efficace. La dimension du problème conduit à s'interroger sur d'autres façons de réduire les risques. À ce jour, ce concept de réduction du risque, qui a particulièrement réussi pour les drogues illégales, ne peut être transposé au tabagisme, faute de preuve. Il n'y a pas, pour l'instant, de cigarette moins dangereuse et toutes ont la même toxicité. Les arguments en faveur des tabacs sans fumée ne sont pas suffisants pour une décision de santé publique. La réduction de consommation ne diminue pas les risques pathologiques et vitaux. Pour ceux qui ne réussissent pas à arrêter de fumer, même avec une substitution nicotinique, et qui ont des pathologies chroniques aggravées par la persistance du tabagisme, il est acceptable de proposer une réduction de consommation.

RÉFÉRENCES

1. Doll R, Peto R, Wheatley K *et al.* Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ* 1994 ; 309 : 901-11.
2. Peto R, Lopez AD. Tobacco - the growing epidemic. *Nature Med* 1999 ; 5 : 15-7.
3. Dubois G. La réduction du risque tabagique. Rapport au directeur général de la Santé d'un groupe de travail. Paris : La documentation française, 2002.
4. McNeill A. Harm reduction. *BMJ* 2004 ; 328 : 885-7.
5. Hill C. Pour en finir avec les paquets-années. *Rev Mal Respir* 1992 ; 9 : 573-4.
6. Koslowski LT. Smokers, non-smokers and low tar smoke. *Lancet* 1981 ; 1 : 508.
7. Husset MJ. Éditorial. Tabac : les fabricants vous trompent. 60 Millions de consommateurs 1999 ; 331 : 3.
8. Harris J, Thun M, Mondul A, Calle E. Cigarette tar yields in relation to mortality from lung cancer in the cancer prevention study II prospective cohort, 1982-8. *BMJ* 2004 ; 328 : 72.
9. Godtfredsen N, Holst C, Prescott E, Vestbo J, Osler M. Smoking reduction, smoking cessation: a 16-year follow-up of 19732 men and women from the Copenhagen Centre for Prospective Population Studies. *Am J Epidemiol* 2002 ; 156 : 994-1001.